Lane Medical Library

Aus der II. Gynäkologischen Universitätsklinik München.
(Leiter: Prof. Dr. Weber.)

Über partielle Blasenmole mit Beschreibung eines Falles

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und vorgelegt einer
Hohen medizinischen Fakultät

der Bayr. Ludwig-Maximilians-Universität in München

von

Friedrich Wilhelm v. Aspern,
prakt. Arzt, Dresden

München 1928
Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn in München

Aus der II. Gynäkologischen Universitätsklinik München.
(Leiter: Prof. Dr. Weber.)

Über partielle Blasenmole mit Beschreibung eines Falles

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und vorgelegt einer
Hohen medizinischen Fakultät

der Bayr. Ludwig-Maximilians-Universität in München

von

Friedrich Wilhelm v. Aspern,
prakt. Arzt, Dresden

München 1928
Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn in München

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät München.

Referent: *Prof. Dr. Weber.*

Meiner lieben Frau gewidmet.

Ein Fall von partieller Blasenmole.

A. Allgemeiner Teil.

I. Anatomie.

Bei der Blasenmole handelt es sich nun um einen lokalen Proliferationsprozeß der Chorionzotten mit gleichzeitiger hydropischer Degeneration.

Makroskopisch besteht die Blasen- oder Traubenmole aus einer Unzahl rosenkranzartig oder doldenförmig angeordneter kleiner, mit Flüssigkeit gefüllter Bläschen, die untereinander mit feinen Stielen verbunden sind. Es braucht nun nicht die ganze Placenta zu entarten, sondern es gibt Fälle, bei denen nur ein kleiner Teil von der Molenbildung betroffen wird oder überhaupt nur einige wenige Bläschen zu finden sind.

Histologisch handelt es sich bei der Blasenmole (nach Marchand und Fränkel) um eine erhebliche Wucherung des Syncitiums und der Langhansschen Zellen. Dabei wuchern die einzelnen Zellen so in- und durcheinander, daß häufig keine Grenze mehr zwischen diesen beiden Zellschichten feststellbar ist. Dazu tritt eine Vakuolenbildung im Stroma, so daß dieses meist nur mehr am Rande des Bläschens erkennbar ist; im Zentrum wandelt es sich zu einer wässerigen, strukturlosen Masse. Die Annahme von Goldschalk und Lahm, die den Flüssigkeitsraum als ein erweitertes Gefäß ansahen, da ein Endothelsaum vorhanden sein soll, trifft sicher nicht zu. Gegen die Anschauung spricht auch der Nachweis von Mucin in der Flüssigkeit. Weinzierl hält diese „Grenzmembran“ für dicht zusammengedrängte Stromazellen. Auffallend ist das Fehlen jeglicher Blutgefäße.

Weinzierl hat nun festgestellt, daß in einigen Fällen die Gefäße sogar sehr reichlich entwickelt waren. Verfasser nimmt nun an, daß dies mit dem Zeitpunkt der Entstehung der Blasen zusammenhängt. Entstehen diese nämlich sehr früh, so wird

eine Weiterentwicklung der Blutgefässe unmöglich durch den Flüssigkeitsdruck, im anderen Falle dagegen wachsen die Gefäße nicht nur weiter, sondern dilatieren sogar. Im ersten Falle geht der Foetus zu Grunde, im zweiten kann er lebend geboren werden trotz partieller Blasenmole; event. findet man dann am Neugeborenen Ascites und Herzhypertrophie.

Die histolytische Eigenschaft der Zellen ist meist weitgehend gesteigert, so daß die Decidua oft völlig zerstört wird. Man findet dann ganze Nester und lange Züge ektodermaler Zellen bis tief in die Muskularis hinein. Die Ähnlichkeit mit einer malignen Neubildung dokumentiert sich auch durch die Zellverschleppung, besonders in Form einer Mikro-Embolie in den Lungen, die aber für gewöhnlich keinen Schaden anrichtet (Abwehr des Lungengewebes). Auch in der Vagina sind Metastasen gefunden worden. Nur in besonderen Fällen zeigen diese von ihrem Verbande getrennten Zellen einen ausgesprochen malignen Charakter, wie wir diesen beim Chorionepitheliom (meist in Form von Lungenmetastasen) beobachten können.

Für gewöhnlich dringen die Bläschen, wie oben bereits erwähnt, nur in die Decidua oder die oberflächlicheren Schichten der Muscularis ein. In einer gewissen Anzahl von Fällen jedoch wuchern diese weiter in die Tiefe, zerstören die ganze Wand des Uterus, event. bis zum Peritoneum. Wir bezeichnen diese Form als destruierende Blasenmole, die häufig Anlaß zu lebensgefährlichen Blutungen gibt. Ein histologischer Unterschied gegenüber der erstgenannten, weniger gefährlichen Form besteht jedoch nicht; lediglich das Proliferationsvermögen ist besonders gesteigert.

Zu erwähnen wären noch die sog. Hofbauerschen und Neumannschen Zellen. Diese Zellen sind sehr groß, rund oder polygonal mit verschieden großen Vakuolen. Sie haben 1—2 große, meist excentrisch liegende Kerne. In der größten Zahl der Fälle konnten diese Zellen nachgewiesen werden. Sie liegen entweder zerstreut in den Maschen des Bindegewebes oder frei im Flüssigkeitsraum. Irgendwelche Beziehungen zu den Blutgefäßen bestehen nicht.

Die Herkunft dieser Zellen ist noch völlig ungeklärt. Nach der Theorie von Hinselmann handelt es sich um Bindegewebselemente. Irgendeine Bedeutung für die Malignität der Blasenmole kommt ihnen jedenfalls nicht zu.

II. Aetiologie.

Über die Ursachen zur Bildung einer Blasenmole ist bereits sehr viel diskutiert und geschrieben worden. Vereinzelt wurden sie auf Zirkulationsstörungen zurückgeführt (Gottschalk 1905); von anderer Seite wurde eine Erkrankung der Mutter als Ursache angenommen. Alle diese Hypothesen sind heute nicht mehr haltbar, nachdem mehrfach beobachtet wurde, daß bei zweieigen Zwillingen nur die eine Placenta molig entartete, während die andere ein völlig normales Wachstum zeigte. Daraus wurde die sog. ovuläre Theorie (Hohl-Marchand) abgeleitet, die die Ursache auf eine fehlerhafte Anlage des Eies zurückführte. Dieser Theorie entgegen steht die deciduale Theorie von Virchow, der eine entzündliche Veränderung der Decidua annahm, da sehr oft bei Blasenmole eine Endometritis festgestellt werden konnte (s. auch J. Veit, Schorel). Gegen diese Theorie spricht das oben erwähnte Vorkommen nur bei einer Placenta bei Zwillingen, ferner auch, daß man häufig endometritische Veränderungen findet, ohne daß es zu einer Molenbildung kommt. Eine partielle Entartung läßt sich durch beide Theorien erklären.

III. Vorkommen.

Nach fast allen Statistiken findet man die meisten Molen bei Frauen in den mittleren Jahren (30. bis 40. Jahr), doch kommen nicht allzu selten auch noch Fälle in höherem Alter vor (Kehrer, Schröder). Am seltensten soll die Molenbildung bei jüngeren Frauen sein, wie auch Erstgebärende meist von einer Blasenmole verschont bleiben. Am häufigsten sind Mehr- und Vielgebärende betroffen. Irgendwelche Anhaltspunkte in der Konstitution der Frauen konnten nicht gefunden werden. Jedenfalls schwebt zurzeit noch ein geheimnisvolles Dunkel über den Ursachen der Blasenmole.

IV. Symptome.

Sehr oft bleibt eine Blasenmole lange Zeit hindurch vollständig symptomlos. Die ersten Anzeichen bilden meistens unregelmäßige Blutungen, teilweise intermittierend, teilweise auch kontinuierlich. Häufig kehren die Blutungen, die ganz ohne äußeren Anlaß auftreten, in bestimmten Intervallen wieder, zwischen welchen häufig ein blutigseröser Ausfluß bestehen bleibt. Die Periodizität ist in manchen Fällen so groß, daß man an eine normale Periode denken kann. Bestehen die Blutungen durch eine längere Zeit, so kann es schließlich zu einer nicht unerheblichen Anämie der Betroffenen kommen. Ganz ausnahmsweise können die Blutungen auch ganz fehlen. Bei der partiellen Blasenmole treten die Blutungen meist später als bei der vollständigen ein.

Weiterhin tritt in 50% der Fälle (Dorland und Gerson) Übelkeit und Erbrechen ein, auch regelrechte Hyperemesis wurde beobachtet. Als weiteres wichtiges Symptom gilt das sehr rasche Wachstum des Uterus, der sich weit über das Maß des festgestellten Schwangerschaftsmonats hinaus vergrößert.

Häufig findet man Kombination mit Nephritis, besonders auch mit Eklampsie. Ferner scheinen auch besondere Zusammenhänge mit Cystenbildungen in den Ovarien zu bestehen; sehr häufig konnte ein Zurückgehen dieser Cysten nach Entfernung der Mole beobachtet werden.

Die Ausstoßung der Mole erfolgt in zirka Zweidrittel aller zur Beobachtung gelangten Fälle spontan, meist in den ersten 3—5 Monaten, selten später oder früher. In der überwiegenden Zahl der Fälle wird die Mole im ganzen ausgestossen, seltener stückweise. Es sind jedoch auch ganz wenige Fälle bekannt geworden, in denen es bei Blasenmole zu einer Übertragung kam. Bei der partiellen Mole dagegen kommt es relativ häufig vor, daß der Fötus am Leben bleibt und sogar die regelrechte Geburt eines lebenden Kindes erfolgt. Bei der Spontanausstoßung wie auch bei der Ausräumung der Mole kommt es häufig zu lebensbedrohenden Blutungen. Nach Küstner ist sogar die Verblutungsgefahr hier größer als bei Placenta praevia. Groß ist

ferner auch die Infektionsgefahr, da die Abwehrkräfte gegen Bakterien aller Art in dem durch die Blasenmole schwer geschädigten Fruchthalter bedeutend geschwächt erscheinen.

V. Diagnose.

Eine sichere Diagnose ist anfangs oft nicht zu stellen. Stets wird man an Blasenmole denken müssen, wenn sich der Uterus plötzlich sehr rasch vergrößert, sich dabei im Gegensatz zum Hydramnion weich, mehr teigig anfühlt in Verbindung mit atypischen Blutungen (die beim Hydramnion meist auch fehlen). Noch größer wird die Wahrscheinlichkeit beim Bestehen von Ovarialtumoren. Definitiv kann die Diagnose erst gestellt werden, wenn man durch den durchgängigen Muttermund hindurch die Blasen erreicht oder wenn solche per vaginam abgehen. Eine weitere Eigenart zur Befestigung der Diagnose wurde von Poten mitgeteilt; er fand nämlich, daß die Muskulatur des Uterus bei Blasenmole häufig partielle Kontrakturen aufweist, die ihre Lokalisation wechseln und sich gegenüber der weichen Umgebung myomartig anfühlen. Bei der partiellen Mole, besonders bei lebendem Kind, ist die Diagnose vor der Geburt nicht zu stellen.

VI. Prognose.

Wie bereits erwähnt, kann bei partieller Traubenmole, wenn nur ein geringer Teil der Zotten entartet ist, sogar ein lebendes Kind zur Welt gebracht werden. In den meisten Fällen dagegen stirbt der Fötus ab und kann sogar vollständig resorbiert werden.

Für die Mutter ist die Prognose immer mit Vorsicht zu stellen. Nach Gerson beträgt die Mortalität 18 %, nach Williamson sogar 20—30 %.

Die Prognose wird jedoch bei rechtzeitiger Diagnose und bei sachgemäßer Behandlung bedeutend günstiger. Die Hauptgefahr liegt in den starken Blutungen. Weitere Gefahren bestehen in der größeren Möglichkeit einer Infektion für das Wochenbett. Am schlechtesten ist die Prognose bei der destruierenden Form.

Auch für die spätere Zeit muß wegen der Gefahr des Chorion-

epithelioms die Prognose mit einiger Vorsicht gestellt werden. Jedenfalls müssen die Kranken noch längere Zeit hindurch regelmäßig untersucht und beobachtet werden.

VII. Therapie.

Ist noch keine sichere Diagnose gestellt worden, so empfiehlt sich die übliche abwartende Therapie wie beim drohenden Abort. Lassen die Blutungen nicht nach, so geben diese sowieso eine Indikation zum Eingreifen. Besteht ein Verdacht auf Blasenmole, wird man versuchen, bei durchgängigem Muttermund durch Eingehen mit dem Finger — selbstverständlich vollkommen aseptisch — sich Gewißheit zu verschaffen. Ist die Diagnose gesichert, so muß die Mole entfernt werden. Über die Art des Eingreifens gehen nun die Meinungen auseinander; ein Teil verlangt sofortige Ausräumung, während der andere Teil die Ausstoßung den Wehen überläßt. Es ist hier wohl keine Regel aufzustellen. Das beste wird sein, sich den jeweiligen Umständen anzupasssen. In der Klinik mit all ihren modernen Hilfsmitteln ist ein sofortiges aktives Vorgehen gerechtfertigt. Draußen in der Praxis jedoch wird man versuchen durch Tamponade, Chinin-Gaben und mit Hypophysen-Präparaten die Wehentätigkeit zu verstärken und so die Spontanausstoßung zu beschleunigen, vorausgesetzt natürlich, daß keine augenblickliche Gefahr für das Leben der Frau besteht. Ist dies jedoch der Fall, d. h. lassen die Blutungen nicht nach, wird die Patientin sehr anämisch, so ist ein rasches aktives Vorgehen Pflicht jedes Arztes. Wichtige Vorbedingung hiezu ist die gute Erweiterung des Muttermundes. Man kann dies in den späteren Monaten erreichen durch Metreuryse, in den ersten 3 Monaten durch Laminaria mit vorsichtiger Hegar-Dilatation. Zur Ausräumung selbst ist die digitale Methode bei weitem der Curette vorzuziehen, wegen der ganz besonders großen Gefahr der Perforation bei der verdünnten und aufgelockerten Uterusmuskulatur.

Führt jedoch die digitale Ausräumung nicht völlig zum Ziele, dann soll nur die breite Abortcurette angewendet werden und nur mit größter Vorsicht. Auch bei der Ausräumung mit dem

Finger soll niemals Gewalt angewendet werden, besonders niemals stark an einer Stelle gekratzt werden. Besteht für den Praktiker die Möglichkeit, die Patientin einer Klinik zuzuführen, so ist bei gesicherter Diagnose auf Blasenmole die Einweisung in die Klinik bei weitem vorzuziehen gegenüber einer jeden Therapie im Privathause.

Steht die Blutung nach der Ausräumung nicht bald, so wird man den Uterus gut mit Jodoform-, Yatren- oder Stryphnongaze tamponieren. Gleichzeitig gibt man Secale und Pituglandol. Empfehlenswert ist ferner — wie ich selbst mehrfach zu beobachten Gelegenheit hatte — die prophylaktische intramuskuläre Injektion von 2 ccm Omnadin gegen eine event. Infektion. Pflicht ist weiterhin eine gute Überwachung des Wochenbettes.

Unbedingt notwendig ist es, jede Blasenmole noch eine längere Zeit hindurch nachträglich zu überwachen. Jede Patientin ist genau darauf hinzuweisen, daß sie bei der geringsten Unregelmäßigkeit des Menses sofort einen Arzt zu konsultieren hat. Tritt eine solche Unregelmäßigkeit ein, so ist sofort zu curettieren mit mikroskopischer Untersuchung der ausgeschabten Massen. Bei einem verdächtigen Befund empfiehlt sich die Totalexstirpation.

B. Spezieller Teil.

Soviel nun schon überhaupt über Blasenmole im allgemeinen diskutiert und geschrieben worden ist — denn jedes Jahr bringt eine Menge neuer Arbeiten über dieses Gebiet — so relativ wenig findet man in der einschlägigen Literatur Fälle von partieller Blasenmole. Außer der geringeren Häufigkeit wird der Grund dafür wohl auch darin zu suchen sein, daß die Diagnose auf partielle Blasenmole so außerordentlich erschwert, häufig gar nicht zu stellen ist, ferner daß viele Fälle als gewöhnlicher Abort angesehen und behandelt werden, die ausgeschabten oder auch spontan ausgestoßenen Massen nicht genau untersucht werden, besonders beim vielbeschäftigten Praktiker. Auch besteht ja — wie oben bereits erwähnt — die Möglichkeit einer Spontan-Geburt eines lebenden Kindes bei nur teilweiser Entartung der

Placenta, wo dann event. Blasen von der Hebamme übersehen werden. Jedenfalls konnte ich bei Durchsicht der Literatur der letzten 20 Jahre nur sieben beschriebene Fälle feststellen, die ich im Folgenden kurz erwähnen möchte.

Erster Fall: R. Freund beschreibt einen Fall einer teilweise blasig degenerierten Placenta bei drei Wochen alter Schwangerschaft mit Spontan-Abgang. (1907.)

Zweiter und dritter Fall: Zwei ganz ähnliche Fälle wie der von Freund werden von Durante 1908 ganz kurz erwähnt.

Vierter Fall: Erst 1914 wieder wird von Imhoff ein besonderer Fall von partieller Blasenmole beschrieben. Diese wurde zwei Monate über den normalen Schwangerschaftstermin getragen, ehe die Spontan-Ausstoßung durch Wehen erfolgte. Die Placenta wies an einigen Stellen eine blasige Degeneration auf, während an den meisten anderen Stellen keine Veränderung festzustellen war. Ein Foetus war nicht nachzuweisen.

Fünfter Fall: Bei einem weiteren Falle (Watanabe 1914) kam es zur Spontangeburt eines lebenden Kindes im achten Monat. Auch hier wurde an verschiedenen Stellen eine molige Degeneration festgestellt. Die mikroskopische Untersuchung der makroskopisch unveränderten Partien der Placenta ergab eine Veränderung dieser Teile im Sinne einer angiofibromatösen Wucherung.

Sechster und siebenter Fall: 1927 werden von Ch. Thélin zwei Fälle erwähnt, die klinisch das typische Bild eines missed abortion darboten. Die Eimassen, die bei dem einen Fall in der 32. Woche spontan, bei dem zweiten Fall nach Einlegen von Laminaria ausgestoßen wurden, schienen die auf missed abortion gestellte Diagnose zu bestätigen. Erst die mikroskopische Untersuchung einiger hergestellter Schnitte ergab bei beiden Fällen an einigen Partien eine Entartung im Sinne einer Blasenmole. Zum Unterschied gegenüber den vorhergehenden Fällen wurde bei dem nichtentarteten Teil der Zotten eine fibröse Rückbildung festgestellt.

Weitere typische Fälle partieller Blasenmole konnte ich leider nicht feststellen.

Im Anschluß hieran möchte ich nun den kürzlich in der II. Gynäkologischen Klinik zu Gesicht gekommenen Fall näher beschreiben.

Es handelte sich hierbei um eine 22jährige III. gravida. Die Familien-Anamnese ergibt nichts besonders; Eltern und zwei Geschwister sind gesund. Die Patientin selbst menstruiert seit ihrem 15. Lebensjahr regelmäßig alle vier Wochen. Dauer der einzelnen Periode wird auf zwei bis drei Tage angegeben bei mittelstarker Blutung und gänzlich ohne Beschwerden. 1926 erfolgte die normale Geburt eines lebenden Kindes. Das Wochenbett verlief normal. Im Jahre 1927 kam es bei der Patientin zu einer Bauchhöhlenschwangerschaft. Sie wurde deswegen in der Frauenklinik operiert. Kurze Zeit darauf wurde Patientin wieder schwanger. Die letzten Menses traten am 18. Juli 1927 ein. Die ersten Monate der Schwangerschaft verliefen normal ohne Beschwerden. Mitte Oktober traten bei der Patientin ohne irgendwelche äußere Ursache plötzlich unregelmäßige Blutungen ein. Diese Blutungen dauerten mit nur geringen Unterbrechungen und ohne nennenswerte Beschwerden volle vier Wochen. Dabei gingen nach Angabe der Patientin verschiedentlich kleine „Fleischstückchen“ ab. Fieber bestand nicht. Bei der Einlieferung Mitte November klagte Patientin über wehenartige Schmerzen und gibt dazu an, daß sie bereits seit ca. acht Tagen krampfartige Schmerzen in der linken Unterbauchseite verspürte.

Der klinische Befund der etwas blaß aussehenden, gutgenährten Frau ergibt Folgendes:

Herz und Lunge o. B. Vulva ist geschlossen. Der Damm ist intakt. Der Uterus entspricht in seiner Größe dem Beginn des vierten Schwangerschaftsmonats. Es besteht eine mäßig starke Blutung hellroter Färbung. An den Adnexen ist beiderseits kein pathologischer Befund zu erheben.

Seit dem frühen Morgen schon bestehen kräftige gleichmäßige Wehen, die noch durch Gaben von Chinin unterstützt werden. Die Blutung ist dabei unbedeutend. Gegen 10 Uhr morgens wird ein ca. walnußgroßes blasenartig dünnwandiges Gebilde ausgestoßen, durch welches seröse Flüssigkeit hindurchschimmert.

Nach Eröffnung dieser Blase findet sich ein nur ca. 1 1/2 cm langer, scheinbar macerierter Foetus vor, der in seiner Größe in keinem Verhältnis zu der Ausdehnung des Uterus stand. Eine halbe Stunde später erfolgte der Spontanabgang der in ihrer Größe einer solchen des vierten Monats entsprechenden Placenta mit Eihäuten. Die genaue Untersuchung derselben ergab eine teilweise Entartung der Zotten zu stecknadel- bis erbsengroßen Bläschen. Durch diesen Befund einer partiellen Blasenmolenbildung erklärte sich auch der große Entwicklungsunterschied von Foetus und Placenta. Denn nur in solchen Fällen proliferirt die Nachgeburt selbständig weiter, während der Foetes meist zugrunde geht. Nach Ausstoßung der Placenta bestand eine so starke Blutung, daß sich eine Ausräumung notwendig machte. Die Sondenlänge beträgt 13 cm, der Muttermund ist bequem für einen Finger durchgängig. Im Uterus finden sich noch einige Placentarbrocken sowie etliche Fetzen ausgelaugten alten Blutes. Alles wird mit der Currette vorsichtig entfernt. Anschließend Austupfen der Uterushöhle mit Jod und Einlegen eines Jodoformgazestreifens. Die Blutung steht nach der Operation. Der weitere Verlauf des Wochenbettes ist normal. Fünf Tage nach der Operation bei der Entlassung findet sich der Uterus anteflektiert und etwas vergrößert.

Nachwort.

Es bestand also hier das Bild eines protrahierten Abortes im 4. Monat. Die Größe des Uterus stimmte mit den Angaben der Patientin überein. Die sonst so häufige überstarke Ausdehnung des Uterus bei Blasenmole trat hier bei der partiellen Degeneration nicht in die Erscheinung; dagegen bestand ein deutliches Mißverhältnis in der Entwicklung der Placenta und des Fötus, was ja, wie oben bereits erwähnt, für Blasenmole typisch ist. Eine sichere Diagnose war hier — wie fast immer bei partieller Entartung — vor der Untersuchung der ausgestoßenen Placenta nicht möglich. Erst die genauere Untersuchung der spontan abgegangenen Nachgeburt ergab die Bildung einer partiellen Blasenmole. Lediglich die lang anhaltenden

mäßigen und ohne erkennbare Ursache auftretenden Blutungen ließen den Verdacht auf Traubenmole aufkommen.

Dieser Fall beweist schlagend die Notwendigkeit genauester Inspektion jeder Placenta; gilt es doch als Regel, jede Blasenmoleträgerin mindestens ein Jahr lang nicht aus den Augen zu verlieren.

Hierbei möchte ich mir gestatten, Herrn Professor Weber für die liebenswürdige Überlassung der Arbeit und des Falles, sowie auch Herrn Oberarzt Professor Saenger für die mir sehr wertvollen Ratschläge meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Döderlein, Handbuch der Geburtshilfe.

Falgowski, Monatschrift f. Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 34, Heft 3.

Gottschalk, Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gynäkologie 1905, Bd. 53, Heft 3.

Poten, Monatschrift f. Geburtshilfe und Gynäkologie 1901, Bd. 14, Heft 3.

Winckels, Handbuch f. Geburtshilfe und Gynäkologie.

Archiv für Gynäkologie, 1917, Bd. 132 (Weinzierl).

Archiv für Gynäkologie, 1923, Bd. 120 (Hinselmann).

Zentralblatt für Geburtshilfe und Gynäkologie: 1908, Nr. 31, 1907, Nr. 43, 1914, Nr. 39, 1924, Nr. 18, 1924, Nr. 5, 1925, Nr. 49, 1926, Nr. 45, 1927, Nr. 11. 1927, Nr. 16, 1927, Nr. 37, 1927, Nr. 42.

Lebenslauf.

Ich, Friedrich Wilhelm Adolf von Aspern, wurde am 29. März 1897 als drittes Kind des damaligen Premierleutnants Gustav Adolf von Aspern und seiner Ehefrau Alice, geb. Schnetger, in Straßburg i. E. geboren. Ab Ostern 1904 besuchte ich ein Jahr die 3. Klasse des Progymnasiums zu Magdeburg, von 1905—1908 die XII. Bürgerschule in Dresden. Ostern 1908 bezog ich das König-Georg-Gymnasium zu Dresden, wo ich bis zum Ausbruch des Krieges verblieb.

Am 11. August 1914 trat ich als Fahnenjunker in das Kgl. Sächs. Schützen-Füsilier-Regiment 108 in Dresden ein und legte im November gleichen Jahres das Fähnrichsexamen ab. Im Januar 1915 ging ich zum ersten Male ins Feld und kam wegen einer Gasvergiftung im Mai 1915 auf ein halbes Jahr ins Lazarett. Nach vollständiger Wiederherstellung ging ich im Januar 1916 zum zweiten Male zur Front, am 8. März wieder ins Lazarett wegen eines allgemeinen Zusammenbruchs und einer Hüftverletzung auf drei Monate, anschließend zwei Monate ins Sanatorium. Vom Herbst 1916 an bis zu meiner Entlassung verblieb ich als dgvh. in der Garnison. Im Juli 1917 legte ich das Kriegsabiturium in Dresden ab. Im April 1918 wurde ich zum Zwecke der Aufnahme meines Studiums beurlaubt. Ich bezog nun die Universität München, um Medizin zu studieren. Im März 1919 habe ich geheiratet und hatte seitdem meinen ständigen Aufenthalt in München. Infolge Krankheiten und auch pekuniärer Schwierigkeiten mußte ich das Studium mehrere Semester unterbrechen, sodaß ich erst im Herbst 1925 mein Staatsexamen in München ablegen konnte. Mein praktisches Jahr begann ich am 1. Februar 1926 in der Staatl. Frauenklinik in Dresden, wo ich drei Monate verblieb. (1 Monat auf der septischen Abteilung, 2 im Kreißsaal.) Vom 1. Mai bis 30. September 1926 war ich in der Med. Universitätspoliklinik in München tätig. Vom 1. Oktober 1926 bis 31. Januar 1927 arbeitete ich auf der chirurg. Abteilung des Friedrichstädter Krankenhauses in Dresden und verblieb dort auch nach meiner am 1. Februar 1927 erfolgten Approbation noch 2 Monate als Volontär.

Unterm 1. Mai 1927 verlegte ich meinen ständigen Wohnsitz nach Dresden-Bühlau, wo ich mich am 23. Mai als praktischer Arzt niederließ. Im Juni 1928 eröffnete ich daselbst ein Privat-Entbindungsheim mit staatlicher Konzession.

Meine Praxis in Bühlau gedenke ich weiter auszubauen und will auch durch Besuch der verschiedenen hier abgehaltenen Fortbildungskurse mein Wissensgebiet möglichst erweitern.

Ich besitze die bayerische Staatsangehörigkeit.